

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Juillet 1906, à 1 heure

PAR

Jules BROCA

Ancien interne provisoire des Hôpitaux

SUR UN CAS DE
PHLEGMON JUXTA-LARYNGO-TRACHÉALà la période terminale du Croup
chez un nourrisson tubé*Président : M. RECLUS, Professeur.**Juges : MM. { LANNELONGUE, Professeur,
LEGUEU, Agrégé.
MAUCLAIRE, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les divers points
de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1906

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs.....

Anatomie
Physiologie
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie
Opérations et appareils
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Maladies des Enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....

M DEBOVE.
MM
POIRIER.
Ch RICHER.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISSAUD
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
SEGOND.
POUCHET.
GILBERT
CHANTEMESSE.
BROUARDEL.
DEJERINE.
ROGER.

HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
LANDOUZY.
GRANCHER.
JOFFROY
GAUCHER
RAYMOND.
LE DENTU.
TERRIER.
BERGER.
RECLUS.
DE LAPERSONNE
GUYON
PINARD.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON.
Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM
AUVRAY.
BALTHAZARD.
BRANCA
BEZANÇON.
BRINDEAU
BROCA Andre.
CARNOT.
CLAUDE.
CUNEO.
DEMELIN.
DEGREZ.

MM
DUPRE
DUVAL.
FAURE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
JEANSELME.
LABBE.
LANGLOIS.
LAUNOIS.

MM
LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE
MACAIGNE.
MAILLARD.
MARION.
MAUCLAIRE.
MERY.
MORESTIN.
POTOCKI.

MM
PROUST.
RENON.
RICHAUD.
RIEFFEL (chef des
Travaux anatomiques.
THISSIER.
THIROLOIX.
VAQUEZ.
WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité
Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de médecine.

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

Médecin des hôpitaux
Médecin de l'hôpital du Bastion 27

*qui nous a donné l'idée de ce travail
et que nous prions ici d'agréer l'expres-
sion de notre vive reconnaissance pour
la bienveillance qu'il nous a toujours
témoignée.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

1905-1906.

M. LE DOCTEUR DUFOUR

Médecin des hôpitaux

Médecin de l'hôpital du Bastion, 27.

1901-1902.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUGUSTE BROCA

Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

1902-1903.

M. LE DOCTEUR TALAMON

Médecin des hôpitaux

Médecin de l'hôpital Bichat.

1903-1904.

M. LE DOCTEUR LEGENDRE

Médecin des hôpitaux

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

1904-1905.

M. LE DOCTEUR THIBIERGE

Médecin des hôpitaux

Médecin de l'hôpital Broca.

A MM. FAURE, GOUGET, FOURNIER, MARION, FRÉDET, MOUCHET, RAVAUT, DÉVÉ, SAUVAGE chef de clinique à la maternité de Baudelocque, mon ami IGLÉSIAS, à l'obligeance duquel nous devons la traduction de tous nos textes italiens.



Pendant notre année d'internat passée chez M. Dufour au Bastion, 27, nous avons eu l'occasion d'observer au Pavillon de la diphtérie un abcès juxta-laryngo-trachéal dans la convalescence d'un croup tubé.

Le petit malade fut présenté à la Société de pédiatrie. Les recherches bibliographiques faites à ce moment nous montrèrent que l'étude de ces phlegmons au cours du croup était de date toute récente ; cette affection n'était nullement mentionnée dans les auteurs classiques. Les signes cliniques, la pathogénie n'en avaient été étudiés qu'à propos d'un petit nombre d'observations.

M. Marfan, lors de la présentation de notre malade disait : « J'ai déjà insisté sur les particularités de ces « abcès, je ne crains pas d'y revenir, parce que la question en vaut la peine. » Fort de la parole du maître et conseillé par M. Dufour, il nous a paru intéressant de rassembler dans cette thèse les quelques observations se rapportant à cette affection.

Nous nous proposons d'en étudier la symptomatologie, la pathogénie, le traitement et surtout de rechercher s'il n'existerait pas une relation de cause à effet entre ce phlegmon et le tubage. Bien loin de nous la pensée d'imputer uniquement à une méthode de choix un aussi gros méfait. Aussi à l'étude pathogénique essaierons nous de faire la part qui revient au tubage et au terrain.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

En 1880 dans sa thèse *Contribution à l'étude des abcès du cou consécutifs à une altération du larynx*, Cotoni ne fait nullement mention de la diphtérie. La tuberculose, la syphilis, les corps étrangers, les traumatismes sont rangés au nombre des causes fréquentes. Parmi les affections générales cet auteur cite la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, en particulier la variole. Le plus souvent cet abcès du cou est dû, selon lui, à une chondrite ou péri-chondrite. Dans cette thèse cependant nous retrouvons une observation de Toulmouche (*Archives générales de médecine*, 1857) dans laquelle le mécanisme de formation de l'abcès au cours d'une tuberculose laryngée est identique, à celui de l'abcès juxta-laryngo-trachéal diphtérique.

Si dans les traités de chirurgie classique, la diphtérie est mentionnée au petit chapitre : phlegmon péri-laryngo-trachéal, la physionomie toute particulière de l'affection n'est nullement étudiée.

Dans les livres classiques de médecine, dans le traité des maladies de l'enfance, dans le manuel de tubage et de trachéotomie de Deguy et Weill, nulle part nous ne trou-

vons signalé à propos des accidents survenant après le tubage, l'abcès juxta-laryngo-trachéal.

En France, M. Marfan dans ses cliniques infantiles (*Bulletin médical*, 1903) signale et étudie le premier à propos d'une leçon sur la diphtérie l'abcès juxta-laryngo-trachéal. Deguy, dans la *Revue de médecine* de 1903, rapporte deux observations recueillies au Pavillon de la diphtérie dans le service du docteur Marfan.

Les auteurs italiens nous avaient précédés. Massei, Comba, File Bonazzola avaient publié en 1902 quelques cas personnels et à leur propos, dans la *Revue de laryngologie de Naples* avaient discuté sur la pathogénie des faits observés.

Concetti, la même année avait décrit un phlegmon sous-muqueux du larynx. Les observations qu'il en donne et qu'on pourra lire plus loin ne sont nullement comparables à celles qui ont été publiées par les auteurs précédents et si l'on veut identifier les faits rapportés par Concetti à ceux observés par les autres auteurs, il faudrait admettre que Concetti n'a décrit que le premier stade d'une affection localisable secondairement au tissu cellulaire cervical et nous croyons trouver dans une de ses observations la preuve incontestable de cette manière de voir (obs. VI).

ETUDE CLINIQUE

Ce qui frappe tout d'abord à la lecture de presque toutes les observations rapportées, c'est, comme le fait remarquer M. Marfan, la latence de l'affection. Qu'il s'agisse des deux observations de Deguy, de celles de Comba ou File-Bonazzola, l'accident n'est survenu qu'à la convalescence de l'affection ou une semaine après son début.

Le seul symptôme dominant, celui qui, par son intensité effaçait tous les autres, c'était incontestablement la dyspnée. Il n'y avait dans notre cas, comme dans celui des autres auteurs, ni tuméfaction, ni rougeur de la région antéro-latérale du cou ; rien ne pouvait faire penser à un phlegmon cervical : l'abcès juxta laryngo-trachéal ne se révélait que par le syndrome d'une sténose aiguë du larynx. Bien plus, la température n'offrait aucune élévation insolite qui pût attirer l'attention, l'enfant était en pleine convalescence, quand après une nuit un peu agitée, on vint nous apprendre qu'il respirait difficilement. Le diagnostic ne fut point porté. On chercha à pratiquer le tubage et il s'ensuivit une crise d'apnée complète. Ce symptôme dramatique sauva notre petit malade, la trachéotomie nous fit

en effet découvrir l'abcès du cou. Si nous recherchons dans les cas déjà publiés, la vérification pour ainsi dire de ce tableau, nous voyons qu'il en fût souvent de même pour les malades des auteurs français ou italiens.

Dans les deux observations suivies de mort qui sont publiées par Deguy, le diagnostic ne fut point fait. Dans l'observation numéro 1, publiée par cet auteur, la seule que nous puissions ici rapprocher de la nôtre, car il s'agissait dans les deux cas d'un phlegmon, juxta-laryngo-trachéal au cours d'un croup, l'élévation de température que présentait le malade pouvait être mise sur le compte d'une broncho-pneumonie du sommet droit et l'auteur ajoute : le seul symptôme important était la dyspnée s'accompagnant de tirage : dyspnée soulagée seulement par des tubages réitérés et que n'expliquaient point les lésions pulmonaires existantes. C'est encore ici une crise d'apnée qui nécessita la trachéotomie, celle-ci moins heureuse que la nôtre, ne donna point issue au pus et l'enfant mourut.

Le pus situé entre la trachée et l'œsophage n'avait pas été rencontré par le bistouri de l'opérateur.

Dans l'observation numéro 2, la température oscillait entre 37°5 et 38°. Malgré des tubages nombreux, la dyspnée augmentait. C'est au cours d'une crise d'apnée qu'on trachéotomisa.

Le pus de l'abcès juxta-laryngo-trachéal fut évacué : mais l'enfant mourut. Bien qu'il ne s'agisse d'oint de diphtérie dans cette observation, l'ensemencement de la gorge ayant révélé des cocci seulement, nous n'avons pas hésité à la publier. Si, en effet, l'abcès juxta-laryngo trachéal se voit dans le croup, pourquoi ne rapprocherait-on pas de ces

faits les abcès juxta laryngo-trachéaux qui succèdent aux laryngites même banales, quand elles ont été tubées.

Dans l'observation de Comba, l'enfant est malade depuis le 15 décembre. L'intubation a dû être pratiquée jusqu'au 30 décembre et, malgré elle, la dyspnée était excessive. d'ailleurs ici, contrairement à ce que nous voyons dans les autres cas, l'abcès ayant évolué lentement avait pu attirer l'attention par la tuméfaction nette de la région latéro-cervicale, tuméfaction qui ne s'accompagnait, dit l'auteur, d'aucune rougeur des téguments. L'abcès fut ouvert et l'enfant guérit.

Dans le cas rapporté par Fie Bonmazzola, l'affection ne semble avoir débuté au cours du croup qu'au septième jour.

C'est encore ici la dyspnée qui s'accroissant rapidement, nécessita la présence d'un spécialiste, qui fit le diagnostic de laryngo-sténose. On sentait, dit l'auteur, une petite tuméfaction en avant du cricoïde. Celle-ci prit rapidement les allures d'un phlegmon étendu de la région cervicale et, faute de décision de la part de la famille, l'enfant mourut.

Dans l'observation VI de Concetti, c'est quinze jours après la guérison de l'affection qu'on nota l'apparition de la dyspnée et quatre jours après au niveau de la région thyroïdienne et des premiers anneaux de la trachée, on nota une tuméfaction qui évolua rapidement et nécessita l'ouverture.

En résumé, peu ou pas d'élévation de température, le plus souvent point de tuméfaction du cou, aucun signe extérieur de l'affection, dyspnée excessive, progressive, avec tirage, menaçant par son intensité la vie du malade.

aboutissant quelquefois à une crise d'apnée, dramatique, tels sont les caractères principaux du phlegmon juxta-laryngo-trachéal au cours du croup et des laryngites aiguës.

EVOLUTION

L'évolution de cette affection est particulièrement rapide. Dans tous les cas, sa durée ne dépassa pas une semaine; au bout de ce laps de temps, en effet, on était acculé à la trachéotomie, et c'est également à ce moment que l'on voyait se produire cette complication si grave de l'abcès juxta-laryngo-trachéal : l'apnée.

En étudiant le siège de l'abcès à l'anatomie pathologique, nous verrons que ces abcès peuvent fuser vers le médiastin et pointer vers le larynx, lieu de moindre résistance, ce qui constitue à la fois un obstacle à l'entrée de l'air et une difficulté à l'intromission du tube. Nous voulons surtout ici étudier ce symptôme que nous avons vu si fréquent dans l'abcès juxta-laryngo-trachéal, ce symptôme, qui est si souvent l'aboutissant de cette affection, l'apnée. Celle-ci n'est pas, il est vrai, spéciale au phlegmon juxta-laryngo-trachéal, mais elle constitue un épisode grave, dramatique, forçant à prendre sur le champ une détermination et cette syncope survenant au cours d'un examen même superficiel méritait toute notre attention. Cette syncope peut être soit une syncope respiratoire, soit une syncope cardiaque et il semble bien que dans notre observation la crise d'apnée qui nous força à intervenir doit être

rapportée au premier type. En étudiant, en effet, le mécanisme de l'apnée au cours de l'abcès juxta-laryngo-trachéal, on voit que deux explications peuvent en être données, explications qui justifient au plus haut titre la division précédemment adoptée, syncope cardiaque et respiratoire.

Syncope respiratoire. — Nous avons signalé la faible barrière opposée à l'abcès par la muqueuse laryngée, fait qui s'explique d'autant mieux qu'à l'anatomie pathologique et à la pathogénie, nous verrons que cet abcès peut avoir son origine dans le tissu cellulaire sous-muqueux ; nous verrons, d'autre part, que Concetti signale la possibilité de dépister la saillie que fait la tumeur bombant sous la corde vocale inférieure : ceci en pratiquant l'examen au laryngoscope. Ainsi s'explique la dyspnée, symptôme dominant de l'abcès péri-laryngo-trachéal.

Dans ce larynx rétréci, il suffit d'une bien faible cause d'excitation extérieure : une manœuvre du tubage, un examen de la gorge, la palpation même de la région antérieure du cou dans la recherche des points de repère de la trachéotomie, pour déterminer des accidents graves de spasme glottique et de syncope respiratoire. C'est en voulant introduire l'ouvre-bouche chez notre malade qu'il cessa de respirer, tomba en syncope, ce qui décida de la trachéotomie, de l'ouverture de l'abcès, de la guérison.

Dans l'observation de Deguy, observation n° 2, l'enfant tombe en apnée et ne peut être rappelé à la vie. Les terminaisons du nerf laryngé supérieur, branche du pneumogastrique, nerf sensitif, dans la muqueuse du larynx, de

l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques, glosso-épiglottiques, dans la portion de la langue située en arrière du V lingual, constituent, croyons-nous, la zone réflexogène la plus dangereuse et la plus importante à connaître dans tous les cas, car c'est la seule qui soit accessible à l'exploration par les moyens habituels.

Telle est l'explication que donne Deguy de ces phénomènes dans le *Bulletin médical* de 1903.

Syncope cardiaque. — Thoyer-Rozat, dans sa thèse de 1896 sur les abcès rétro-pharyngiens idiopathiques des enfants et leur terminaison par la mort subite, Aviragnet, pour expliquer le cas qu'il rapporte dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, Roustan dans sa thèse, le professeur Brouardel dans son traité sur la mort subite, expliquent certains faits d'apnée et de mort au cours d'angines, de cautérisations laryngées et pharyngées, par un arrêt du cœur, suite d'une action réflexe inhibitrice. Ici, comme dans la syncope respiratoire, le point de départ du réflexe est au niveau de la muqueuse pharyngienne ou laryngienne. Le centre réflexe réside au niveau des noyaux bulbaires du pneumogastrique et la voie centrifuge se termine au niveau du plexus cardiaque. Le fait rapporté par Tardieu, joint aux précédents, tend donc à prouver que le larynx, comme le pharynx, est une zone réflexogène importante, capable de déterminer l'arrêt du cœur.

En résumé, l'abcès juxta-laryngo-trachéal peut au point de vue de son évolution même, aboutir, soit à la guérison, par ouverture endo-laryngée de l'abcès, cas de Concetti,

par ouverture à l'extérieur au cours d'une trachéotomie, fait le plus fréquent, soit à la mort par dyspnée progressive et le plus souvent par apnée subite au cours de cette dyspnée subite : syncope respiratoire, syncope cardiaque.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic dans tous les cas rapportés n'a pas été fait, excepté dans les cas de Concetti, Comba et File Bonazzola. Nous ne pouvons avoir la prétention, dans un syndrome clinique commun à tant d'affections laryngées, de détacher le symptôme pathognomonique de l'abcès peri-laryngo-trachéal. Après examen attentif des observations, il semble bien que le problème clinique puisse se poser sous deux formes :

Premièrement, on a vu évoluer l'affection, on croit l'enfant guéri, quand brusquement éclatent des accidents asphyxiques imminents.

Deuxièmement, l'enfant malade depuis un certain temps ne se remet pas, la température persiste peu élevée et c'est encore la dyspnée ici qui inquiète le clinicien.

Apparition dans la convalescence. A quoi devons-nous penser ? — C'est ainsi que s'est posé le problème clinique à propos de notre malade. Nous avons vu évoluer la maladie, nous étions en droit de nous croire entré dans la phase de convalescence, une asphyxie brusque, imminente nous rappelle à la triste réalité des choses.

On pouvait penser à un abcès rétro-pharyngien, à l'existence d'une petite collection pré-laryngée, à la réapparition des symptômes du croup à propos des éruptions sériques, à une récurrence vraie de croup, au spasme tardif de la glotte chez les enfants ayant été tubés, à un œdème glottique consécutif à une ulcération du larynx, à des accidents rapides dans leur évolution, de sténose laryngée cicatricielle. On pouvait éliminer immédiatement l'abcès rétro-pharyngien ou pré-laryngé, dans l'un et dans l'autre cas, il y a des symptômes pathognomoniques de l'affection. L'examen de la gorge n'avait révélé aucune voussure, le toucher pharyngien avait été négatif. Cet examen, dans tous les cas, devra être pratiqué avec beaucoup d'attention, il faut en effet, se rappeler les cas signalés par Deguy, d'abcès rétro-pharyngien à évolution secondaire péri-laryngée. L'abcès pré-laryngé ne pouvait également en imposer. La région intercrico-thyroïdienne n'était nullement saillante, il ne s'agissait point de cas semblables à ceux rapportés par Tollemier, Apert, Comby, dans la *Revue de la Société de pédiatrie*. Chez ces malades, en effet, l'abcès tout extérieur se voyait, il était limité, circonscrit, médian, siégeant en avant de la membrane inter-crico-thyroïdienne. Il s'agissait de petits adéno-phlegmons consécutifs à l'inflammation du ganglion pré-laryngé décrit par le professeur Poirier.

Bien que peut-être la cause puisse être la même que dans les cas que nous rapportons, le tableau clinique, l'évolution en étaient tout à fait différents.

Il nous fallait également éliminer la possibilité de réapparition du croup au moment des éruptions sériques. Ce

fait a été signalé par Sevestre et Aubertin à la Société de pédiatrie, 1903, et M. Marfan en a observé des exemples : « L'exanthème s'accompagne, dit Marfan, d'un enanthème laryngé. Cette localisation anormale et rare est « déterminée par des lésions antérieures du larynx, elles « provoquent de la fluxion œdémateuse et du spasme de « la glotte, il en résulte une dyspnée excessive. »

Le diagnostic en est relativement facile lorsque les symptômes de croup coïncident avec un érythème scarlatiniforme. Or ce n'était point le cas, et en l'absence de l'exanthème caractéristique il nous semble impossible, même à un clinicien avisé de pouvoir s'arrêter à cette hypothèse.

Les trois diagnostics qui prêtaient le plus à confusion étaient :

Une récurrence de croupe :

Un œdème glottique :

Un spasme glottique.

L'œdème glottique ou le spasme glottique dans un larynx précédemment ulcéré peut se reconnaître parce qu'en faveur de l'ulcération laryngée, il y a le rejet fréquent du tube dans l'histoire clinique de la maladie, et d'autre part la teinte noire caractéristique que prend le tube rejeté. le spasme glottique d'autre part peut exister au cours d'une laryngite aiguë sous-glottique, sans grande ulcération laryngée. la possibilité d'une récurrence de croup est toujours admissible, le diagnostic donc, même théorique, est des plus difficiles avec le phlegmon juxta-laryngo-trachéal.

D'ailleurs, dans la réalité des faits, le problème à résoudre se pose après le traitement, la dyspnée effrayante de l'en-

faute réclame une intervention d'urgence, il est inutile, il est dangereux de perdre du temps. Si nous avons exposé les différentes hypothèses qui pourraient naître dans l'esprit du clinicien, c'est pour bien montrer combien non seulement elles sont difficiles, mais impossibles à étayer sur des bases solides. Il faut, et c'est la seule chance de poser un diagnostic, non point procéder par exclusion, mais penser à la possibilité d'un abcès juxta-laryngo-trachéal au cours du syndrome de sténose aiguë du larynx. Si l'état de l'enfant donc le permet, il faut palper méthodiquement la région cervicale et dans toutes les observations rapportées dans lesquelles ce diagnostic ne fut point fait, nous ne sûmes point que cet examen fut minutieusement pratiqué. Il est vrai que, si dans la majorité des cas l'examen de la région fut trop rapide, la faute en était au sujet. Chez notre petit malade en particulier, les points de repère de la trachéotomie ne purent être trouvés aussi facilement que d'habitude. Le cou semblait plus gros et si, au cours de la trachéotomie, le pus, comme dans certaines observations rapportées par Deguy, fut une véritable surprise, on est en droit de se demander si, averti de la possibilité de ce phlegmon, nous n'aurions pas pu le diagnostiquer avant l'intervention et nous concluons de la façon suivante :

En voyant évoluer la maladie, l'abcès juxta-laryngo-trachéal peut n'être pas tout à fait une surprise, il peut même, pour des observateurs prévenus, être soupçonné et diagnostiqué par le palper. Nous ne saurions conseiller, pour dépister ces abcès, l'examen au laryngoscope préconisé par Concetti, n'ayant nullement la pratique de cette méthode d'examen.

La dyspnée apparaît au cours d'un état morbide.

— Bien différent est le problème clinique dans ce cas. Quand l'enfant, malade encore, présentant de la fièvre est suivi par le clinicien, on pense à un croup prolongé, on lutte contre la dyspnée par le tubage, ce symptôme n'est malheureusement pas le seul. Dans bon nombre de cas, il se trouve fondu et confondu dans un ensemble symptomatique complexe. On examine soigneusement le malade, on ausculte les poumons: la broncho-pneumonie, la possibilité d'une otite s'offrent de prime-abord à l'esprit du clinicien. S'agirait-il de diphtérie bronchique? La dyspnée serait-elle liée à une laryngite spasmodique due à une ulcération du larynx ou à une laryngite sous-glottique? Le problème devient d'autant plus difficile que des complications du croup beaucoup plus fréquentes que l'abcès laryngo-trachéal peuvent coïncider avec lui et donner le même aspect clinique.

Il n'y a encore ici que l'examen physique de la région qui puisse faire éviter l'erreur.

En résumé, le diagnostic de l'abcès juxta-laryngo-trachéal, est particulièrement difficile, de par sa symptomatologie et de par sa rareté, (sur cent cas d'affections aiguës du larynx, File Bonazzola pouvait dire qu'il n'en avait rencontré qu'un seul à la clinique pédiatrique de Florence). Il est d'autant plus délicat que l'affection apparaît au milieu d'un état fébrile. Quel que soit d'ailleurs l'état antérieur du sujet, il faut penser à la possibilité d'un abcès juxta-laryngo-trachéal. L'examen laryngoscopique peut rendre des services entre des mains exercées. Il nous paraît, dans le cas contraire, plutôt dangereux à cause

des accidents apnéiques possibles. L'examen attentif et minutieux de la région antéro-latérale du cou pratiqué systématiquement à propos de toute dyspnée laryngée peut seul faire soupçonner l'abcès et établir, croyons-nous, un diagnostic exact.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour tâcher d'élucider, en nous basant sur l'autorité de différents auteurs déjà cités, la pathogénie de cet abcès, nous étudierons tout d'abord :

- 1° Les lésions nécropsiques.
- 2° Le siège exact de l'abcès.
- 3° Les microbes trouvés dans le pus.

Nous nous efforcerons ensuite, étant données ces lésions de la muqueuse laryngienne, le siège de l'abcès, d'expliquer par l'anatomie de la région leur production. Dans l'observation n° I, publiée par Deguy et suivie de mort, nous lisons : « Les cordes vocales sont congestionnées, il y a des ulcérations énormes de la région sous-glottique : sur la ligne médiane le cartilage est à nu et au-dessous de l'ulcération, la muqueuse forme des bourrelets épais, congestionnés et hémorragiques. » Dans l'observation II du même auteur, à l'ouverture du larynx on constate l'existence de trois ulcérations siégeant au niveau de l'anneau du cricoïde. L'une est médiane, les deux autres postéro-latérales. celle de gauche arrive jusqu'au cartilage qui est à ce

niveau nécrosé dans toute son épaisseur et sur une étendue de 3 ou 4 millimètres, les cordes vocales présentent de très légères érosions. Dans notre observation, où l'autopsie bien heureusement manque, nous sommes en droit de conclure à une ulcération évidente de la région sous-glottique. Notre petit malade sortit de l'hôpital guéri, mais revint un mois après : il présentait, comme la première fois, des accidents dyspnéiques graves. L'idée d'une sténose laryngée cicatricielle s'offrit immédiatement à notre esprit. La palpation de la région cervicale démontra l'existence d'une collection profonde du cou, siégeant très loin, en arrière et au dehors du larynx. On débrida, on se fit un jour à la sonde cannelée, le pus sortit, et en explorant au stylet le fond de la région on tomba sur un point osseux dénudé, il s'agissait de la grande corne de l'os hyorïde.

Comment expliquer cette suppuration cervicale, survenant un mois après la guérison du premier abcès, si ce n'est pas l'existence d'un point d'ostéite nécrosante, consécutive à une ulcération siégeant probablement au niveau de la région sous-glottique du larynx. Le fait nous semble aussi probant qu'une autopsie.

Les auteurs italiens signalent, comme les auteurs français, des ulcérations sous-glottiques siégeant au niveau de l'anneau interne du cricoïde.

Concetti ajoute qu'il est de règle de trouver une collection purulente, véritable abcès sous-muqueux, siégeant dans le tissu cellulaire, séparant la paroi du larynx de la muqueuse laryngée, au-dessous des cordes vocales inférieures, c'est l'abcès sous-muqueux décrit par cet auteur qui constituerait pour lui toute l'affection.

L'abcès. — L'abcès siège pour Massei, Comba, File Bonazzola et les auteurs français dans le tissu cellulaire péri-laryngo-trachéal. Il est situé profondément.

Dans l'observation n° 1 de Deguy, l'examen du larynx révèle l'existence d'un abcès péri-laryngé descendant en arrière de la trachée et en avant de l'œsophage jusqu'à la racine des bronches. Le pus est épais. Il s'agissait d'un abcès inter-laryngo-œsophagien. Dans l'observation n° 2 du même auteur, nous lisons : « Au niveau du cou, il existe, en
« avant du larynx, une poche médiane s'étendant de l'os
« hyoïde au quatrième ou cinquième anneau de la trachée.
« limitée latéralement par les muscles sterno-thyroïdiens.

« En arrière il n'y a aucune communication entre la
« face antérieure du larynx et la poche, qui sont séparées
« par un tissu musculo-aponévrotique facilement isolable
« par la dissection ».

Dans notre observation, le débridement de la peau était suffisant pour se rendre compte de l'étendue de la cavité de l'abcès. La peau, le tissu cellulaire incisés sur la ligne médiane la pointe du bistouri pénètre dans les muscles de la région sous-hyoïdienne et c'est alors seulement qu'on voit s'écouler le pus. L'abcès est profondément situé sous l'aponévrose moyenne, refoulant fortement à droite la trachée comprimant en arrière l'œsophage reposant sur la colonne vertébrale doublée des muscles prévertébraux : les vaisseaux sont en dehors. Il suffit de se reporter aux observations de Comba et de File Bonazzolla pour se rendre compte que l'abcès était profond, latéro-laryngé.

Le plus souvent donc, l'abcès juxta-laryngo-trachéal, se développe dans le tissu cellulaire avoisinant l'œsophage et

la trachée. Il est recouvert par les muscles sous-hyoïdiens, le corps thyroïde, l'aponévrose superficielle et moyenne du cou, situé en dedans des vaisseaux : c'est l'abcès classique décrit il y a longtemps déjà par Blandin.

Cet abcès profond, rencontrant pour arriver à la peau une barrière aponévrotique suffisamment résistante, tend à fuser vers le larynx et le médiastin. Vers le larynx il le fait d'autant plus facilement, qu'il ne rencontre là que la membrane crico-thyroïdienne et ce fait explique ce qu'ont pu écrire les auteurs italiens : « L'examen laryngoscopique permettra de reconnaître une tuméfaction arrondie recouverte d'une muqueuse rouge, violacée, et siégeant sous la corde vocale inférieure. »

Tel est le siège de l'abcès pour Marfan, Deguy, Dufour, Comba, Massei, File-Bonazzola. Pour Concetti, l'abcès, au lieu d'être extra-laryngé est toujours endo-laryngé. C'est sous la corde vocale inférieure, le long de l'anneau cricoïdien recouvert par la muqueuse laryngée que siège la collection, elle peut fuser en disséquant de proche en proche la muqueuse en bas vers la trachée.

Cet abcès endo-laryngé peut se compliquer secondairement d'abcès extra-laryngé (Concetti).

Tels sont les résultats des faits nécropsiques, consignés dans les observations de ces auteurs et qu'on pourra lire plus loin.

Nous verrons à la pathogénie, que l'abcès juxta-laryngo-trachéal et l'abcès sous-muqueux décrit par Concetti, ne sont en réalité que deux affections prises à des stades différents de leur évolution, ou tout au moins que la laryngite sous-glottique suppurée, par cet auteur décrite, est une des causes de l'abcès extra-laryngé.

Microorganismes. — Les principaux microorganismes rencontrés sont le streptocoque associé au colibacille, le staphylocoque doré, des cocci. Il s'agit donc d'infection secondaire, reste à étudier par quel mécanisme ces microbes arrivent à déterminer secondairement l'abcès juxta-laryngo-trachéal.

Etant données les lésions nécropsiques rencontrées, le siège exact de l'abcès, les microbes trouvés dans le pus, peut-on fixer exactement la nature de cet abcès du cou ?

Il existe dans tous les cas une ulcération laryngée. Les microbes pathogènes peuvent donner lieu à un abcès juxta-laryngo-trachéal : premièrement, soit en envahissant le tissu cellulaire environnant : deuxièmement, soit, après avoir ou non déterminé des lésions du cartilage, en enflammant par voie lymphatique les ganglions de la région. Le premier mode de formation de l'abcès, est croyons-nous une exception. L'abcès juxta-laryngo-trachéal n'échappe pas à la loi commune, comme tous les abcès du cou, il doit être dans la majorité des cas un adéno-phlegmon.

L'étude anatomique des lymphatiques du larynx le prouve.

Le système d'origine peut être considéré comme formé de deux territoires distincts répondant respectivement à la zone sous-glottique et à la zone sus-glottique du larynx.

Les deux territoires sont séparés par les cordes vocales inférieures.

Les troncs collecteurs émanés du réseau sus-glottique, nous intéressent peu. Ils se divisent vers les bords latéraux de l'épiglotte, perforent la membrane thyro-hyoïdienne au point de pénétration de l'artère laryngée supérieure et

vont se jeter dans un ganglion situé au-dessous du ventre postérieur du digastrique, dans les ganglions situés à la bifurcation de la carotide primitive et dans quelques ganglions situés plus bas, au niveau de la partie moyenne des lobes latéraux.

Beaucoup plus importante pour nous est l'étude du territoire sous-glottique. N'est-ce point dans cette région, en effet, qu'existe dans la généralité des cas, l'ulcération.

Les collecteurs se groupent en deux pédicules :

Un antérieur, ou supra-cricoïdien, émergeant à travers la membrane crico-thyroïdienne, il aboutit dans les ganglions pré-laryngés. Il va se jeter également dans quelques ganglions pré-trachéaux et dans les ganglions moyens de la chaîne jugulaire interne

Un postérieur au sous-cricoidien traversant la membrane crico-trachéale latérale et se terminant dans ces petits ganglions juxta-œsophagiens qui montent dans la région cervicale avec le récurrent, ganglion de la chaîne récurrentielle bien décrits par Gouguenheim, Leval-Piquechef.

Nous croyons donc qu'on peut interpréter de la façon suivante le mécanisme intime de formation de l'abcès.

Avec MM. Marfan, Deguy, Dufour, nous croyons que le phlegmon juxta-laryngo-trachéal est un adéno-phlegmon consécutif soit à une ulcération laryngée, soit à une laryngite sous-glottique suppurée.

Les auteurs italiens qui ont trouvé dans le larynx des lésions ulcératives et une laryngite sous-glottique suppurée (Concetti) ne partagent point cette manière de voir.

Massei, Comba, File Bonazzola écrivent, que cette lo-

calisation sur les ganglions du cou et sur les ganglions en particulier de la chaîne récurrentielle est primitive, qu'il ne faut voir dans la grande majorité des cas aucun rapport entre les lésions constatées à la nécropsie et la lésion suppurative cervicale : les ulcérations glottiques seraient pour ainsi dire secondaires au traitement de l'abcès.

Il est de règle pour Concetti que ce phlegmon est toujours endo-laryngé, accessoirement, il peut se propager aux ganglions de la chaîne récurrentielle (obs. VI).

En résumé, pour Massei, il s'agit d'un adéno phlegmon primitif. Pour Concetti, tout au plus d'un adéno-phlegmon secondaire à un abcès sous-muqueux.

Avec MM. Deguy et Marfan, tout en admettant l'abcès sous-muqueux trop exclusivement décrit par Concetti à l'origine de l'affection, nous pensons avec Massei que l'abcès est extra-laryngé; nous ne différons de cet auteur qu'en ce point : Pour nous, l'abcès périlaryngo-trachéal est toujours secondaire à une lésion laryngée.

PATHOGÉNIE

Ayant admis à l'origine de ce phlegmon juxta-laryngo-trachéal, l'existence d'une laryngite sous-glottique ulcéreuse ou suppurée, nous sommes en droit de nous demander si le tubage ne peut être incriminé dans la genèse de cette affection, ou s'il faut voir dans cette laryngite sous-glottique, une affection primitive n'ayant aucun rapport avec le traitement employé.

Pour répondre à la première question :

1^o Il faut que nous examinions dans quelles conditions, dans les différentes observations que nous publions le tubage a été pratiqué;

2^o La fréquence avec laquelle se rencontrent au cours du tubage des ulcérations laryngées.

Conditions dans lesquelles a été pratiquée le tubage. —

Dans l'observation I, l'enfant le 24 mai a été tubé, a craché son tube et a été retubé au bout de deux heures.

Le 26 mai rejet du tube, le malade peut s'en passer.

Le 2 juin la dyspnée présentée par l'enfant oblige à le tuber.

Le 6 juin dans la nuit on pratique la trachéotomie.

Dans cet espace de temps s'étendant du 2 au 6 juin, l'auteur ne dit pas si l'enfant a été tubé plusieurs fois.

Quoiqu'il en soit dans cette observation, on voit que du 24 mai au 6 juin, l'enfant a été tubé et détubé trois fois, la durée du tubage ne peut être évaluée.

Dans l'observation II, l'enfant a été tubé dès son entrée à l'hôpital le 25 juillet.

Le 28 juillet on pratique le détubage et on est obligé de le retuber une demi-heure après.

Le 30 juillet on détube pour la deuxième fois et on le retube une troisième.

Jusqu'au 10 août on pratique six tubages consécutifs représentant au total quinze jours d'intubation continue.

Le 11 août on pratique un sixième détubage.

Septième retubage une heure après.

Septième détubage et trachéotomie.

En résumé dans cette observation, il y a eu sept tubages et détubages consécutifs et l'enfant est resté près de vingt jours tubé.

Dans notre observation III, le 6 novembre, l'enfant est tubé, tubage facile, exécuté par notre ami Iglésias, externe du service. Au bout de soixante heures on détube l'enfant. Seul, le détubage présente une difficulté extrême.

Il est impossible d'extraire le tube avec le manche porte-tube de Froin pas plus qu'avec le crochet du même auteur. Après plusieurs tentatives, le tube est chassé du larynx par énucléation.

Ces manœuvres n'ont pas été sans s'accompagner du rejet d'une base sanguinolente et il est certain, que la pres-

sion exercée au niveau du cou avec le pouce pour pratiquer l'énucléation, a été assez énergique.

En résumé, l'enfant a été tubé une fois, le tubage a duré soixante heures, le détubage a été difficile et l'enfant a saigné du larynx.

Dans l'observation IV, de Comba, le 21 décembre, l'enfant est tubé, le 24 décembre, on enlève le tube qui resté soixante-cinq heures.

Le même jour à dix heures du soir on retube.

Le 25 décembre, énucléation du tube.

Le 27 décembre, nouveau tubage.

Le 28 décembre, expulsion du tube après quatorze heures.

Le 29 décembre, à 10 heures du soir, nouveau tubage.

Le 30 décembre, énucléation du tube trois heures après nouvelle intubation suivie du rejet du tube, et de nouvelle intubation.

Donc l'enfant a été tubé six fois, la durée du tubage difficile à apprécier étant donnée cette observation a été d'au moins cent heures.

Dans l'observation VIII, de Concetti l'enfant subit au moins quatre tubages et est resté tubé pendant quatorze jours.

Fréquence avec laquelle au cours du tubage se rencontrent les ulcérations laryngées. — On est donc en droit de se demander si le tubage dans les conditions où il a été pratiqué ne pouvait engendrer une laryngite sous-glottique et par suite un abcès juxta-laryngo-trachéal.

Trousseau depuis longtemps avait signalé le tubage comme cause d'ulcération laryngée.

O'Dwyer écrit : « Dans les autopsies des enfants tubés on trouve constamment des ulcérations en trois points : d'abord sur le cricoïde, à la base de l'épiglotte sur la paroi antérieure de la trachée. »

Hughes de Lyon, Schweiger, Galatti, Bokai, montrent la fréquence de l'ulcération laryngée au cours du tubage : le premier fait acquis est celui-ci : le tubage au cours du croup donne lieu, dans un grand nombre de cas, à des ulcérations laryngées. Celles-ci existent au niveau des points de pression du tube.

Deux facteurs peuvent entrer en ligne de compte dans la genèse de ces ulcérations laryngées au cours du tubage :

1^o Rôle du tubage et du détubage successifs.

2^o Rôle de la durée du tubage.

Rôle du tubage et du détubage répétés. — Nous lisons à ce propos dans la thèse de Baudrand, 1897, sur les ulcérations laryngées consécutives au tubage, le résultat des expériences faites par M. Variot, sur le cadavre pour s'assurer du rôle du tubage et du détubage successifs sur la genèse des ulcérations laryngées.

Cet auteur a pris trois sujets d'âges différents, il les a fait soumettre par des mains inexpérimentées à des tentatives de tubage multiples.

Le premier, âgé de 9 ans, subit 30 tentatives de tubage, puis on pratiqua sur lui 10 tubages complets.

À l'ouverture du larynx on trouva comme lésion : les cordes vocales supérieures et inférieures perforées, les

ventricules de Morgagni et de tous et des fausses cordes inter-crico-thyroïdiennes.

La région cricoïdienne, sans aucune des déformations laryngées était intacte.

Le deuxième sujet, âgé de 2 ans, fut soumis au même nombre de tubages successifs.

Le tube introduit, on fit exsouter les mouvements multiples (le va-et-vient dans le larynx) intermittents des sons à mettre en contact les cornes du tube avec la muqueuse crico-laryngée.

A l'ouverture de l'organe, il n'y avait point de fausses cordes, la corde vocale supérieure seule avait été comprimée, la région cricoïdienne était intacte.

Chez le troisième sujet qui pesait 10 k., pratiqué à l'âge d'un an et demi de diphtérie toxique, les tubages successifs faisaient intacte la muqueuse laryngée dans la région cricoïdienne.

Nous les croyons donc nullement à l'origine du tubage et du tubage dans la grande des diphtéries laryngées. Il faut pour soumettre dans cette opération d'assez graves dangers, une manœuvre à faire avec une extrême rapidité et nous brutale.

Rôle de la durée du tubage. — Le Docteur Goussier écrit à ce propos : « Si personne ne peut contester maintenant la possibilité de l'intubation par pression, il est impossible de penser que son succès soit dépendant de la durée, tant que cela ne dépende pas de la durée de l'intubation, nous sommes donc d'accord, et nous sommes sur l'opinion conforme des différents auteurs. Certains faits con-

trôlés par l'autopsie nous ont donné maintes fois le résultat remarquable que l'ulcération s'était produite après une intubation de courte durée ; par contre, dans d'autres autopsies, on ne trouvait pas trace d'ulcération, malgré une longue intubation.

Nous sommes donc en présence de faits, en réalité, contradictoires.

1° *Faits dans lesquels la longue durée du tubage paraît n'avoir eu aucune influence.* Un enfant de 20 mois, dit Baudrand dans sa thèse, garde son tube dans le larynx et subit 10 intubations, sans inconvénient. Bokaï note des durées d'intubation de 227, 243 et 260 heures dans des cas qui guérissent fort bien.

Bonain publia l'observation d'un enfant de 11 mois complètement guéri sans aucune séquelle et chez lequel l'intubation dura 12 jours.

Egidi cite un enfant qui garda son tube 52 jours.

Charneil, dans le *Bulletin Médical du Nord* présente une fillette qui subit une intubation de *six mois*.

Dans tous ces cas, il n'en résulta aucun inconvénient.

Plus près de nous encore, Deguy et le Play dans la *Revue de Pédiatrie*, juin 1905, publiait quatre observations de tubage prolongé extrêmement instructives. Ces auteurs rapportent l'observation d'un enfant tubé 11 fois. Le séjour du tube dans le larynx avait été de 20 jours avec 7 expulsions spontanées du tube et le tube au début sortait toujours noirci.

Dans une deuxième observation, les auteurs ont pratiqué 7 intubations ayant duré 13 jours. L'intubation avait

été faite avec des tubes longs. Les tubes rejetés étaient noirs.

Dans une troisième observation, les auteurs ont pratiqué 5 tubages ayant duré 16 jours.

Dans une quatrième observation, on fit 12 intubations ayant duré 26 jours avec 5 rejets spontanés du tube dont un rejet de tube long. Les tubes étaient noircis et on fut obligé de tuber plusieurs fois avec des tubes supérieurs à l'âge de l'enfant.

Dans tous ces cas rapportés, la guérison fut complète.

On voit donc que dans ces cas publiés la durée du tubage, l'emploi d'un tube supérieur à l'âge de l'enfant aurait pu déterminer des ulcérations laryngées graves. Il n'en fut rien et les auteurs ajoutent : « Il nous a semblé que les ulcérations préexistantes avaient pu se guérir sans être nullement incommodées de la présence du tube. »

Cette bénignité de la durée du tubage ne doit être rapportée qu'à des cas heureux et nous devons opposer à ces faits l'opinion tout à fait classique.

2° *Faits dans lesquels la longue durée du tubage paraît avoir eu une influence incontestable.* A propos de l'observation d'Apert, sur une adénite pré-laryngée suppurée pendant la convalescence d'un croup tubé, *Bulletin de la Société de pédiatrie*, novembre 1904, M. Marfan, tout en faisant remarquer que cet abcès pré-laryngé, n'est point comparable à ceux observés par M. Deguy et lui, en 1903, ajoute : « L'abcès laryngo-trachéal se voit chez des enfants qu'on est obligé de réintuber plusieurs fois et qui ont des ulcérations du larynx. »

Dans une observation absolument semblable de M. Apert,

Tollemer ajoute : « A quoi est due la production de
« ces abcès, très probablement au tubage, celui-ci avait
« été difficile et le tube était resté en place 64 heures. Faut-
« il faire jouer un rôle à ce tubage prolongé ? C'est pos-
« sible. »

A propos des quatre observations signalées par Deguy
et le Play, M. Sevestre écrit ceci : « Je ne puis que féli-
« citer M. Deguy des résultats qu'il vient de me soumettre.
« mais je dois avouer que je n'ai jamais été aussi favorisé.
« Aussi, à la suite d'observations répétées, alors même
« que j'avais M. Deguy comme interne, j'étais arrivé à cette
« conclusion que le tubage ne peut pas, sans inconvénient
« grave, être répété indéfiniment. »

Au sujet de notre observation, tous les auteurs, MM. Mar-
fan, Barbier, Netter, Variot, sans formuler de règles
précises, déconseillent les tubages prolongés surtout dans
les croups associés. Baudrand, dans sa thèse de 1895, ins-
pirée par Variot, est des plus catégoriques. Plus le tube
a séjourné dans le larynx, plus il y a de chance que l'ul-
cération soit profonde, et inversement.

Nous concluerons donc, après avoir entendu ces diffé-
rents auteurs, que ce n'est pas parce qu'un enfant a été
tubé longtemps qu'il s'ensuivra forcément une ulcération
du larynx. Mais la durée du tubage est incontestablement
une chance d'ulcération laryngée. Est-ce dire que le tubage
rentre seul en ligne de compte dans l'étiologie du plegmon
juxta-laryngo-trachéal. Nous ne le croyons absolument pas.
Il existe des cas où manifestement l'abcès a précédé le tu-
bage et n'a fait que le nécessiter.

Comby dit avoir vu, avec le docteur Coulon un enfant

présentant un abcès laryngé, sans tubage. A la trachéotomie il s'écoula un flot de pus. Massei, puis Concetti, ont observé eux-mêmes des cas où dans des croups non tubés et même sans croup antérieur au cours d'une laryngite aiguë, on vit se déclarer un abcès juxta-laryngé. Les auteurs italiens, d'ailleurs, ne reconnaissant point de rapport entre la lésion laryngée et l'abcès observé, ne peuvent admettre aucun rôle du tubage.

Ceci prouve tout simplement que la laryngite sous-glottique, que l'ulcération du larynx, peuvent exister sans tubage préalable : mais cela n'implique nullement que le tubage ne soit capable, par sa durée surtout, de créer cette ulcération et cette laryngite sous-glottique.

Étant donné le grand nombre d'ulcérations laryngées, comment expliquer la rareté de l'abcès juxta-laryngo-trachéal ? Une seule cause ne suffit jamais à elle seule pour engendrer une maladie. Il y a des circonstances adjuvantes qui, dans certains cas, peuvent devenir les plus importantes et nous croyons que l'état général du sujet, l'état local antérieur du larynx, la flore microbienne laryngée, c'est-à-dire les infections secondaires surajoutées, constituent ce petit faisceau de causes prédisposantes et adjuvantes. Nous ne pouvons, quand nous trouvons à l'origine de l'affection le tubage, nier, il nous semble, le rôle traumatisant du tube qui agit là comme un véritable corps étranger et que nous croyons capable de provoquer l'ulcération laryngée dans un grand nombre de cas et, suivant la prédisposition du terrain, le phlegmon juxta-laryngo-trachéal.

Nous admettons également que les causes adjuvantes précitées puissent, quelquefois, devenir prépondérantes et

il faut admettre également, dans un petit nombre de faits, une laryngite sous-glottique sans tubage à l'origine du phlegmon juxta-laryngo-trachéal. Accuser le tubage, est-ce condamner cette méthode et la rejeter ? Absolument pas.

Ce n'est pas avec le petit nombre d'observations que nous apportons qu'on pourrait démontrer l'infériorité de ce traitement et nous pouvons dire que les faits observés par les différents auteurs, les observations de Deguy et le Play, plaident bien au contraire en sa faveur.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'abcès juxta-laryngo-trachéal est grave. Cette affection se traduit en effet par un syndrome asphyxique qui menace la vie du patient. L'enfant est toujours exposé à la mort subite à l'occasion d'un examen de la gorge ou de la région laryngée et ce fait assombrit singulièrement le pronostic.

Il serait absolument illusoire de compter sur l'ouverture spontanée de l'abcès : des barrières aponévrotiques trop épaisses empêchent ce dernier de se faire jour à la peau et la fusée laryngienne a bien des chances de provoquer l'asphyxie par obstruction des voies aériennes et cela bien avant son ouverture. La guérison de l'enfant dépend donc avant tout d'un diagnostic exact et d'un traitement approprié.

TRAITEMENT

Le traitement de l'abcès juxta-laryngo-trachéal a une importance capitale.

C'est un traitement chirurgical. Le tubage doit être en effet totalement laissé de côté et ceci pour les raisons suivantes.

Dans toutes les observations publiées, le diagnostic (nous faisons exception pour les observations italiennes), n'ayant pas été posé, on eu, recours au tubage pour soulager l'enfant.

Le tubage, dans bien des cas, offrait des difficultés. Ce fait s'explique par le gonflement de la région sous-glottique. N'est-ce point en effet, dans le cas de Concetti, l'extrémité inférieure du tube qui ouvrit l'abcès bombant dans le larynx ?

Deguy (Société de pédiatrie, 1902, 15 avril) a bien montré la difficulté éprouvée au cours de l'intubation dans tous ces cas où il existait de la laryngite sous-glottique et il écrit ceci :

« Les opérateurs habitués connaissent bien la sensation particulière fournie par le tubage dans un cas de laryngite hypoglottique. Le larynx est toujours spasmodique.

« puis quand on fait pénétrer assez profondément le tube
« et qu'on opère le déclanchement du mandrin, on sent
« que le tube remonte et serait immédiatement rejeté si
« on ne l'enfonçait pas de suite, ce qui est souvent diffi-
« cile. La sensation d'obstacle fournie par la tuméfaction
« de la muqueuse qui rétrécit le larynx et repousse le tube,
« est assez fréquemment perçue. »

L'enfant tubé, un deuxième inconvénient du tubage, dans ce cas particulier, c'est le rejet du tube. Les tubes longs s'énucléent spontanément moins facilement que les tubes courts, et l'on est constamment obligé de réintuber l'enfant.

Tubé, l'enfant retire-t-il une grande amélioration de cette intervention ? L'amélioration n'est que passagère, la dyspnée reprend, et l'abcès de suffocation force à pratiquer l'énucléation d'urgence.

Ces accidents peuvent s'expliquer par le refoulement de l'œdème au moment de l'intromission du tube. Celui-ci vient faire saillie et par conséquent clapet au-dessous de l'ouverture du tube. Il pourrait s'agir d'un broncho-spasme également et, dans quelques cas, dans le nôtre en particulier, la déviation de la trachée par la collection suppurée constituait une troisième cause. Les auteurs italiens en ajoutent une quatrième, c'est la compression du récurrent.

Le tubage est donc une opération, au grand maximum, palliative dans le cas particulier. C'est un traitement symptomatique aveugle, traitement pratiqué à l'occasion d'une dyspnée paroxystique dont on ne connaît pas la cause et le seul traitement rationnel est l'ouverture de l'abcès. Lorsque nous posons en principe que l'ouverture de

l'abcès est le seul mode de traitement du phlegmon juxta-laryngo-trachéal, nous nous rendons fort bien compte qu'il s'agit d'un traitement supposant un diagnostic exact. Nous croyons que ce diagnostic peut être porté. Cependant, nous pensons avoir démontré suffisamment les difficultés de diagnostic de cette affection, pour trouver toutes les excuses au clinicien, et, qu'en présence de pareils cas, ferait une erreur de diagnostic plus que pardonnable. Aussi, est-il plus juste de dire, avec M. Marfan (1) : « Après « quinze jours de tubage environ, la trachéotomie est le « seul moyen de reconnaître et de guérir les abcès peri- « laryngés. »

Comment doit être pratiquée la trachéotomie.

— On pratiquera la trachéotomie haute sous-cricoïdienne : chez l'enfant, elle pourra intéresser une petite partie du cricoïde. Pour que la trachéotomie, dans ces cas, soit une opération efficace, il ne faut pas qu'elle soit pratiquée en un seul temps : ponction simultanée de la peau, des plans sous-jacents et de la trachée, il faut qu'elle revête un caractère plus chirurgical, c'est à la trachéotomie en deux temps que nous donnons la préférence. La trachéotomie en un seul temps, ne devrait qu'au hasard l'ouverture de l'abcès, rencontre fortuite du bistouri et de la paroi de la poche. Un deuxième gros inconvénient serait également l'ouverture de la trachée et de la cavité de l'abcès.

Le pus est contenu sous-pression ; si une grande quantité s'écoule à l'extérieur, on comprend également que

(1) Leçons cliniques sur la diphtérie, 1903.

dans une inspiration brusque il puisse être aspiré par la trachée, il pourrait en résulter la mort immédiate par asphyxie, il pourrait également, quelques jours plus tard, se déclarer, par apport de germes septiques dans le poumon une de ces broncho-pneumonies à marche suraigüe, la *schlucht-pneumonie* des auteurs allemands. Tout en allant vite, car l'état de l'enfant le réclame impérativement, les temps successifs de l'opération seront les suivants :

1° Incision de la peau et des téguments sous-jacents jusqu'à la trachée ;

2° Un coup de sonde de cannelée à droite et à gauche du conduit laryngo-trachéal. S'il y a un abcès il sera certainement ouvert.

L'abcès incisé, quelle conduite devra-t-on tenir ?

Deux cas peuvent se présenter :

1° Après évacuation de l'abcès l'enfant respire librement ;

2° L'abcès ouvert, le tirage continue.

Dans le premier cas, on n'achève pas le troisième temps de l'opération, l'incision de la trachée. — On a pratiqué l'opération idéale, l'ouverture pure et simple de la collection.

Dans le deuxième cas, la respiration ne se rétablit pas : faut-il tuber, faut-il trachéotomiser ?

Il suffit de se rapporter un peu plus haut, de se rappeler les difficultés du tubage, pour rejeter absolument cette méthode. Nous ne pouvons nous empêcher, d'ailleurs, d'établir une relation de cause à effet entre les tubages si souvent répétés antérieurement à l'abcès et cet abcès lui-même. Nous ne pouvons avoir qu'une certaine méfiance

dans le cas particulier pour le tubage, que nous savons dans un grand nombre de cas pouvoir entretenir et aggraver des ulcérations préexistantes et déterminées souvent par le tube.

L'ouverture de l'abcès devra donc être pratiquée chaque fois que le diagnostic de l'abcès aura pu être fait. Elle sera suivie de trachéotomie, si l'état dyspnéique du sujet l'exige.

Nous n'insistons pas sur le traitement consécutif de cet abcès, drainage de la poche, fermeture de l'intérieur vers l'extérieur s'imposent ici comme dans tout phlegmon.

Serait-il possible, étant donnée la gravité de cette affection, d'instituer un traitement prophylactique ? La chose nous paraît difficile et extrêmement délicate, étant données la rareté de ce phlegmon et la multiplicité des facteurs étiologiques qui président à sa formation.

On aura cependant intérêt à se rappeler les règles formulées par nos maîtres. La durée du tubage ne doit pas dépasser huit jours, dix jours dans les croups associés (Sevestre), et au-delà de quinze jours, dans les croups même purs il faut pratiquer la trachéotomie (Marfan).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Deguy. *Revue de médecine*, 1903.)

Angine diphtérique moyenne. Croup. Syndrome tardif. Diplocoques dans le sang 12 jours avant la mort par pyohémie, abcès périlaryngé.

Florence L..., deux ans et demi, est souffrante depuis huit jours quand elle entre à l'hôpital le 23 mai 1902. Exsudat pseudomembraneux s'étendant sur toute l'amygdale droite — deux taches seulement sur l'amygdale gauche. Laryngite avec commencement de tirage.

T. : 37°9. P. : 86 ; on injecte 30 centigrammes de sérum.

Le 24. La gorge est en voie de se nettoyer, tirage assez prononcé pour nécessiter le tubage. L'enfant crache son tube, on la retube au bout de deux heures.

Le 25. T. : 39°1 ; gorge encore sale, 10 centimètres cubes de sérum.

Le 26. T. : 38°. P. : 28 ; l'enfant est bouffie, blafarde, dans un état presque comateux ; ecchymoses sous-cutanées au niveau des piqûres et sur les jambes ; aspect hémorragique de la gorge dont la surface est recouverte de pus sanguinolent. L'enfant

rejette son tube et peut s'en passer. Albuminurie assez abondante.

Le 27. On tente la formation d'un abcès de fixation au moyen de 25 centimètres cubes d'essence de térébenthine.

Le 28. T. : 39°4. P. : 126. Plus de fausses membranes dans la gorge, mais beaucoup de pus. Matité cardiaque et matité hépatique très augmentées. L'enfant est très agitée.

Le 29. Gorge presque propre. Ecchymose sur la jambe droite ; à l'auscultation on perçoit un léger souffle au sommet.

Le 30. T. : 39°2 ; dans la soirée on est obligé de retuber l'enfant.

Le 1^{er} juin. T. : 38°. P. : 108 ; détubage, on ouvre l'abcès de fixation, il sort une grande quantité de pus.

Le 2. La température remonte légèrement ; retubage. Broncho-pneumonie du sommet droit.

Les jours suivants l'enfant présentant toujours une élévation de température égale à 39° et continuant à tirer bien que les lésions pulmonaires ne soient pas assez intenses pour expliquer la dyspnée, on pratique la trachéotomie, le 6 dans la nuit.

Le 7. Toujours augmentation de la matité cardiaque et hépatique. Pouls presque imperceptible.

L'enfant entre en agonie ; râles muqueux disséminés dans les deux côtés de la poitrine.

Le 8. Mort dans la nuit.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen rien à noter si ce n'est un foie gros à taches blanches débordant les fausses côtes.

Poumons. — Des deux côtés, on constate de petites taches blanches sous-pleurales dues à la présence de quelques abcès miliaires.

A la coupe pas de tubercules ; mais de petits foyers blancs chatres qui paraissent consécutifs à la suppuration de petits foyers hémorragiques.

Cœur. — Myocardite avec thrombose apexienne du ventricule droit.

Rein. — D'apparence normal. L'examen du larynx ré-

vèle la présence d'un abcès périlaryngé descendant en arrière de la trachée et en avant de l'œsophage. C'est donc un abcès inter-laryngo œsophagien. Les cordes vocales sont congestionnées. Il y a des ulcérations énormes de la région sous-glottique; sur la ligne médiane le cartilage est à nu et au-dessous de l'ulcération la muqueuse forme des bourrelets épais congestionnés hémorragiques.

Bactériologie. — L'ensemencement de l'exsudat de la gorge donne de nombreuses colonies de bacilles et de diplocoques.

Le 26, une ponction de la pédieuse avait donné des cultures pures de *diplococcus albus*. Les frottis étaient restés douteux; c'est à la suite de cet examen qu'on avait fait une injection de térébenthine.

Le 1^{er} juin, le pus examiné en frottis ne révèle la présence que de rares diplocoques. Les tubes de sérum et de gélose sont restés stériles; seuls les tubes de bouillon ont donné de nombreux diplocoques.

A l'autopsie, nous avons pratiqué des frottis avec le pus de l'abcès inter-trachéo-œsophagien, avec le pus des abcès milliaires sous-pleuraux et avec le sang du cœur, nous avons trouvé sur tous nos frottis des diplocoques et de plus dans le pus de l'abcès quelques colibacilles.

OBSERVATION II

(Deguy. *Bulletin médical*, 1903.)

F..., âgé de 2 ans, entre à la Diphtérie le 25 juillet avec un léger exsudat sur la partie supérieure de l'amygdale droite.

Adénopathie cervicale légère. Tirage sus et sous-sternal très intense. Toux rauque, voix éteinte.

Temps : 39°6.

On injecte 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique et on tube l'enfant.

L'examen bactériologique de l'ensemencement de la gorge révèle des cocci et pas de bacilles diphtériques.

Les jours suivants, état de l'enfant assez satisfaisant bien que la température oscille entre 39° et 40° et le pouls entre 120 et 140.

Le 28 juillet, apparition d'un érythème scarlatiniforme généralisé. On pratique le détubage.

L'enfant respire difficilement, on retube une demi-heure après.

Le 26 juillet l'érythème est à peu près disparu.

Au niveau des poumons quelques râles de bronchite et une respiration très soufflante, surtout au niveau du hile, ce qui fait penser à l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique, l'enfant ayant eu la coqueluche 6 mois auparavant.

Le 30 juillet l'érythème a disparu. On détube pour la deuxième fois, mais les accidents asphyxiques apparaissent. L'enfant asphyxié lentement se cyanose, tombe en apnée, le corps tout entier est raide. On retube pour la troisième fois.

On pratique la respiration artificielle, l'enfant revient à lui.

Les jours suivants jusqu'au 10 août, la situation reste la même. L'état général est satisfaisant, la température oscille entre 37°5 et 38°, mais dès qu'on détube l'enfant les accidents asphyxiques apparaissent.

On pratique ainsi six tubages successifs, représentant au total 15 jours d'intubation continue.

Le 11 août, respiration plus rapide malgré le tube, toux fréquente, bronchite généralisée, mêmes signes d'adénopathie trachéo-bronchique, la respiration devient le soir si pénible qu'on pense à une obstruction du tube, sixième détubage immédiat suivi d'asphyxie.

Septième retubage.

Le 12 août au matin, même série que la veille même conduite.

Une heure après l'enfant asphyxié de nouveau tombe en apnée. on n'a point le temps de le retuber et M. Leenhart pratique la trachéotomie immédiate. On cherche des points de repères faciles, absolument rien d'anormal au cou. Après incision de la peau et de l'aponévrose, il sort une quantité de pus bien lié. La canule est placée immédiatement dans la trachée.

Malgré tous les moyens habituellement employés l'enfant meurt.

Autopsie. — On constate tout d'abord l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique non tuberculeuse comprimant les organes environnants. Au niveau du cou il existe en avant du larynx une poche médiane s'étendant de l'os hyoïde au quatrième ou cinquième anneau de la trachée, limitée latéralement par les muscles sterno-thyroïdiens. En arrière, il n'y a aucune communication entre la face antérieure du larynx et la poche qui sont séparés par un tissu musculo-aponevrotique facilement décollable.

A l'ouverture du larynx on constate l'existence de trois ulcérations siégeant au niveau du cricoïde, l'une médiane, les deux autres postéro-latérales. celle de gauche arrive jusqu'au cartilage qui est à ce niveau nécrosé de toute son épaisseur sur une étendue de 3 à 4 millimètres. Les cordes sont très légèrement érodées.

OBSERVATION N° III

MM. Dufour et Broca

Un nourrisson de 16 mois, entre au Bastion 27, le 6 novembre 1905 pour un croup diphtérique (ensemencement de la gorge positif) avec tirage nécessitant le tubage. Il est tubé sans diffi-

culté avec le tube Froin de 1 à 2 ans. De nombreuses fausses membranes sont expulsées.

En 48 heures, l'enfant reçoit 40 centimètres cubes de sérum antidiphthérique. La maladie évolue normalement. Pendant les trois premiers jours, la température reste élevée le soir : 39°2, et descend le matin, 60 heures après le tubage, l'enfant est détubé. Cette intervention *présente une difficulté extrême* ; il est impossible d'extraire le tube avec le manche porte-tube de Froin, ni avec le crochet de doigt du même auteur.

Après plusieurs tentatives infructueuses, le tube est chassé du larynx par énucléation. Ces manœuvres ont fatigué l'enfant, ont amené le rejet de bave sanguinolente et il est certain que la pression exercée au devant du cou avec le pouce pour pratiquer l'énucléation a été assez énergique.

Néanmoins l'enfant se remet vite et bien ; le 11 novembre, il y a une légère élévation de température : 39°2, due à une légère congestion pulmonaire, mais les 12, 13, 14, 15, 16 novembre, la température oscille entre 37°6 et 37°8.

Tout semblait donc aller parfaitement et la guérison être obtenue rapidement, lorsque à la visite du matin, le 16, la surveillante nous fit prévenir brusquement que l'enfant allait mourir, qu'il asphyxiait.

En effet, notre petit malade était haletant, pâle, en état d'asphyxie syncopale, et nous fûmes frappés, pour la première fois, d'un léger gonflement du cou du côté gauche.

Dès qu'on voulut introduire l'ouvre-bouche, il cessa de respirer et tomba en syncope. Sans perdre de temps nous procédâmes à la trachéotomie, mais dès que les plans superficiels furent incisés, il s'écoula un flot de pus et l'incision ayant été assez étendue en hauteur, nous pûmes sur le moment et un peu plus tard nous rendre compte que le pus venait du côté gauche du larynx, de la trachée et de l'œsophage, et suivant la trachée avait commencé à envahir la partie supérieure du médiastin.

L'évacuation du pus n'avait pas suffi à ramener l'enfant à la

vie ; M. Broca pratiqua pendant 4 à 5 minutes la respiration artificielle, l'enfant revint à lui.

Nous l'observâmes alors quelques instants, mais bientôt la dyspnée reparut ; et la gêne augmentant, nous nous décidâmes à achever la trachéotomie. La trachée refoulée tout à fait sur la droite fut ouverte et, la canule une fois en place, l'enfant se mit à respirer convenablement.

Les suites furent simples, l'enfant guérit parfaitement et nous avons le plaisir de vous le montrer en bonne santé.

L'enfant est revenu trois semaines après sa sortie de l'hôpital.

Il présentait des accidents athyriques qui nous rappelaient ceux que nous avions constatés un mois avant chez lui. La palpation de la région antérieure du cou démontra du côté gauche du larynx l'existence d'une collection profonde.

L'incision fut pratiquée au niveau de la cicatrice du cou, on décolla à la sonde cannelée les plans sous-jacents et la poche ouverte un pus bien lié s'écoula.

L'exploration au stylet de la région révéla l'existence d'un point osseux dénudé au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

On draina largement et au bout de un mois et demi l'enfant sortit guéri.

Nous l'avons revu depuis ce laps de temps, et depuis quatre mois la santé se maintient excellente, et la voix revenue et claire et forte.

OBSERVATION IV

Comba. — *Archives de Laryngologie de Naples.* Clinique pédiatrique de Florence.

Dans un cas d'abcès péri-trachéo-laryngé secondaire à la diphtérie des premières voies respiratoires.

Lerdini, âgé de 7 ans, reste à la clinique pédiatrique de Florence, du 21 décembre au 21 janvier 1902.

Le 15 décembre 1901, l'enfant avait été souffrant, voix voilée, toux sèche, rauque.

Fièvre.

Traitement : émétique, bains chauds.

Le 21 décembre, entrée à la clinique, dans un tel état qu'il faut pratiquer le tubage antidiphthérique, 20 centimètres cubes de serum. Celui-ci s'accompagne du rejet de fausses membranes.

Examen de la gorge. — Rouge, sans points blancs.

Emphysème aigu du poumon.

Rien au cœur, poulx dépressible.

Examen bactériologique. — Bacilles diphtériques ; streptocoques et staphylocoques. A 9 heures et demi du soir : 5 heures après l'intubation, respiration difficile, détubage, et tubage avec le tube long.

22 décembre, température 39°8,

Traces d'albumine.

20 centimètres cubes de serum antidiphthérique.

24 décembre, on enlève le tube qui est resté 65 heures.

A 10 heures du soir, nouveau tubage.

Le 25 décembre. énucléation du tube, l'enfant respire bien.

Le 27 décembre. Les symptômes de sténose laryngée recommencent.

A 2 heures de l'après-midi, après un accès de suffocation, on fait un nouveau tubage.

Le 28 décembre, après 14 heures d'intubation, l'enfant expulse le tube et respire bien.

Le 29 décembre, mauvaise nuit et mauvaise journée, à 10 heures du soir, nouvelle intubation, rejet du tube et de mucopus sanguinolent.

Température 37°8 et 38°7.

Le 30 décembre, au niveau de la partie antérieure du cou, on observe une tuméfaction qui s'étend en bas vers la trachée ; latéralement jusqu'au sterno cléido mastoïdien.

Palpation douloureuse.

Sensation très nette de fluctuation.

A 9 heures du matin, on énuclée le tube.

Respiration difficile.

A 9 heures et demie, cinquième tubage sans grande difficulté.

Tuméfaction plus évidente.

Malgré la présence du tube dans le larynx, l'enfant respire mal.

A 6 heures du soir, on enlève le tube : sixième retubage avec un tube long, l'enfant respire mieux.

Comme on a fait, le diagnostic de probable abcès péri-laryngo trachéal on pratique la trachéotomie.

Issue de pus, la trachée était déviée latéralement.

Bourrage de la cavité à la gaze iodoformée.

Bactériologie. — Culture du pus sur agar et sérum : Streptocoque, bacille pyocyanique.

31 décembre, la température baisse de 39° à 38°. Pansement de la plaie.

On enlève le tube laryngé à 10 heures, l'enfant respire bien.

20 janvier 1902. Guérison.

OBSERVATION V

File Bonazzola. *Archives de Laryngologie de Naples*. Hôpital des enfants de Milan.

Contribution à l'abcès peri-trachéo-laryngé des enfants.

Saltarelli, âgé de 3 ans.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Au mois de novembre 1901, l'enfant contracte l'influenza.

Le lendemain, il est conduit à l'hôpital avec les symptômes

d'un catarrhe aigu des voies respiratoires et une angine simple folliculaire.

On renvoya l'enfant avec un traitement.

Quarante-huit heures après, la mère le reconduit parce qu'il est dyspnéique.

L'exsudat sur les amygdales avait presque disparu, cependant l'amygdale gauche est volumineuse.

Examen des poumons. — Broncho-pneumonie de la base gauche.

Examen de la gorge bactériologique. — Staphylocoque doré.

Quatre jours après, broncho-pneumonie en voie d'amélioration.

Mais on constate une petite tuméfaction en avant du cricoïde. La température oscille entre 38° et 38°5.

Vingt-quatre heures après, apparition d'une dyspnée qui s'accrut rapidement dans la journée et la nuit suivantes.

On appelle le spécialiste de l'hôpital qui diagnostique une laryngo-sténose aiguë.

Au laryngoscope, il trouva un gros œdème de la fosse glosso-épiglottique et pharyngo-laryngée gauche et des replis aryéno-épiglottiques.

Les parents s'opposèrent à l'incision de l'abcès.

Le tubage réussit difficilement et s'accompagna d'une amélioration.

Les jours suivants, après expulsion du tube, on retube avec le n° 4 de Sevestre.

Broncho-pneumonie bilatérale.

Le tube est rejeté fréquemment.

L'abcès devient de plus en plus gros, s'étendant en bas jusqu'à la trachée.

Quand les parents se décidèrent à l'intervention, il était trop tard.

Autopsie. — Abscess le long de l'aile gauche du thyroïde descendant jusqu'aux premiers anneaux de la trachée, ayant dis-

séqué une vaste cavité sous les muscles tyro-hyoïdiens, s'étendant en arrière jusqu'à la colonne vertébrale.

Larynx. — Région sus-glottique tuméfiée, œdématiée.

Région sous-glottique. Sous la corde vocale droite, ulcération triangulaire due à la pression du tube.

Poumon. — Broncho-pneumonie bilatérale.

Colonie de staphylocoques pyogènes et de diplocoques encapsulés.

OBSERVATION VI

Concetti. *Des abcès sous-muqueux du larynx dans le croup.*
Clinique pédiatrique de Rome.

Enfant de 3 ans qui, le 31 mars 1897, fut conduit à la clinique avec une diphthérie grave du larynx et légère douleur de l'isthme pharyngien.

Ensemencement positif.

On injecte, en deux jours, 30 centimètres cubes de sérum.

On obtint la guérison en peu de temps sans autre incident.

Le 19 avril, deux semaines après la guérison, l'enfant fut ramené à l'hôpital parce que, depuis deux jours, il étouffait.

On injecte 30 centimètres cubes de sérum sans aucun avantage.

Le 21 avril, en présence de l'asphyxie, on pratique le tubage.

Celui-ci ne réussit qu'après cinq tentatives : on allait faire la trachéotomie.

La respiration se rétablit immédiatement.

L'enfant peut se nourrir et se plaint toujours d'une sensation douloureuse au niveau du larynx.

Quatre jours après, au niveau de la région thyroïdienne et

des premiers anneaux de la trachée, se manifeste une tuméfaction qui, les jours suivants, donna la sensation d'une fluctuation profonde.

Une ponction exploratrice ramena du pus, celui-ci contenait des staphylocoques, quelques diplocoques et un très petit nombre de formes bacillaires courtes qui ne furent pas identifiées.

Cette évacuation partielle soulagea temporairement l'enfant.

On se décida à ouvrir largement, on constata que l'abcès était péri-laryngé, la poche située profondément, siégeait sous les muscles sous-hyoïdiens, reposant en arrière sur la colonne vertébrale, ayant en dedans de lui la trachée, en dehors les vaisseaux, l'enfant mourut non point de son abcès, mais 5 ans après d'une sténose laryngée consécutive.

OBSERVATION VII

Concetti.

Enfant de 15 mois présentant des symptômes de sténose aiguë réclamant l'intervention d'urgence, 8 tentatives d'intubation sont faites sans succès.

L'enfant tombe en apnée, à l'ouverture de la trachée. Evacuation d'une grande quantité de pus qui continue les jours suivants, guérison rapide, mais sténose laryngée consécutive.

OBSERVATION VIII

Concetti.

Avalgiza, malade depuis trois jours.

Toux rauque, aptonie complète, abcès de suffocation.

L'enfant arrive à l'hôpital présentant un léger tirage.

Pouls petit, abattement marqué.

On injecte 30 centimètres cubes de sérum.

Examen bactériologique. — Bacille de Loëffler.

Les jours suivants la température est à 38° et se maintient pendant quatre jours.

On fit 20 centimètres cubes de sérum. Sept jours après on procéda à l'intubation à cause de la dyspnée. Celle-ci s'accompagne d'un écoulement de pus.

L'amélioration tend inutile le maintien du tube à demeure.

Cinq jours après, l'enfant est repris de dyspnée. On retube et c'est à la troisième tentative seulement qu'on réussit

Amélioration immédiate.

Après six jours de tubage on détube par énucléation.

Pendant deux heures, l'enfant va bien, puis les crises dyspnéiques reparaissent et au bout de quarante-huit heures on retube.

Le tube reste en place pendant huit jours.

On retube le neuvième jour.

Quelques jours après on détube.

On retube après un accès de suffocation.

On remet la trachéotomie à cause de l'état général et l'enfant meurt.

Autopsie. — Tout processus diphtérique est éteint.

Région sus-glottique. — Muqueuse âpre et parsemée de petites granulations qui s'étendent jusqu'à la base de l'épiglotte.

Région sous-glottique. — Sous la corde vocale droite, ulcération due au tube.

Sous la corde vocale gauche, ulcération conduisant dans une cavité résiduelle, s'étendant en arrière.

Premier anneau de la trachée ulcéré.

Rien dans le tissu cellulaire périphérique.

OBSERVATION

Concetti. — Egide.

Enfant de 3 ans qui fut pris d'une atteinte aiguë de laryngite, quelques jours après la mort d'une petite sœur par diphthérie.

Le décours de la maladie fut très atténué, si bien que l'enfant paraissait guéri. Le traitement fut plutôt négatif.

Après deux semaines, il retombe malade d'une angine à exsudat blanchâtre.

La diffusion au larynx fut rapide s'accompagnant de sténose grave avec menaces d'asphyxie.

Un effort de vomissement fit rejeter une fausse membrane.

Examen bactériologique. — Bacille diphthérique.

Le tubage et le détubage furent pratiqués plusieurs fois, et dans un de ces tubages il s'écoula, dit Egide, une quantité assez considérable de pus.

Trachéotomie, par suite de la production incessante des fausses membranes. Guérison deux mois et demi après.

CONCLUSIONS

I. — L'abcès latéro-laryngo-trachéal est connu depuis peu : son étude de date toute récente, a été faite en 1902 en Italie et en 1903 en France.

II. — Au point de vue symptomatologique l'abcès latéro-laryngo-trachéal ne se traduit ordinairement par aucun signe physique, ni tuméfaction ni rougeur de la région cervicale. Son apparition et son évolution s'accompagnent de peu de réaction fébrile, il est même parfois apyrétique. Il donne lieu seulement au syndrome de la sténose aiguë du larynx. Il apparaît à la fin de la première semaine ou même dans la convalescence d'un croup le plus souvent tubé.

III. — Le diagnostic de cette affection est des plus difficiles ; si en présence d'une dyspnée paroxystique, on pense à la possibilité d'un abcès juxta-laryngo-trachéal et on palpe la région latéro-cervicale, nous croyons le diagnostic possible.

IV. — Au point de vue anatomo-pathologique on est frappé de la coexistence de l'ulcération laryngée et du plegmon cervical.

Il semble donc rationnel, étant donné l'anatomie même de la région et le genre de phlegmon qu'on a l'habitude

de rencontrer, de le considérer comme un adéno-phlegmon dû à une laryngite sous-glottique œdémateuse ou suppurée.

V. — Etant donné le nombre des intubations et la durée des tubages dans une grande partie des observations que nous rapportons, nous croyons que dans un bon nombre d'observations on peut rapporter au tubage le phlegmon juxta-laryngo-trachéal.

Il n'est pas le seul facteur important.

Il y a un grand nombre d'ulcérations dues au tubage qui ne s'accompagnent pas le phlegmon. Il y a quelques observations rapportées où l'abcès est antérieur au tubage.

La laryngite sous-glottique, la flore microbienne du larynx (ces abcès étant dus à des infections secondaires) suffisent à expliquer ces faits.

VI. — Le traitement doit être chirurgical. Le pronostic de l'affection est sombre, il faut intervenir.

Le traitement idéal est l'ouverture de l'abcès suivi ou non de trachéotomie.

Le tubage doit être rejeté.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
RECLUS.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUILLAUD. — *Archives générales de médecine*, 1825.
- CHAUMEL. — *Clinique médicale*, 1834.
- DUPUYTREN. — *Archives générales de médecine*, 1833.
- LE FORT. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1864, p. 489.
- MAURIAC. — *Annales des maladies de l'or. et du larynx*.
- POLAILLON. — *Bulletin de la Société clinique*.
- TROUSSEAU. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858. Discussion sur le tubage de la glotte.
- BÉCLARD. — *Dictionnaire encyclopédique de Science médicale*.
Article : Larynx.
- HUGUES. — Les inconvénients de l'intubation laryngée dans le croup. *Thèse*, Lyon 1895.
- FERROUD. — Intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte. *Thèse*, Lyon, 1894.
- BAUDOIN. — Contribution à l'étude de l'intubation dans le croup. *Thèse*, Paris, 1895.
- CHAILLOUS. — La sérumthérapie et le tubage du larynx dans les croups diphtériques. *Thèse*, Paris, 1895.
- Joseph O. D'WYERS. — Evolution du tubage. Discours in *Archives of Pédiatrie*.
- BAYEUX. — Inconvénient et danger du rejet spontané des tubes dans le cours du traitement du croup. *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 9 avril 1896.
- GALATTI. — O'Dwyers intubation als Ersah für die Trachéotomie bei de diphterischen Larynxsténose (Vienne, 1892).

- COTONI. — Abscess du cou consécutifs aux altérations du larynx
1880.
- GALATTI. — De l'intubation du larynx dans la clientèle.
Extrait du *Lyon médical*.
- BAYEUX. — Tubage du larynx dans le croup, 1897.
- VARIOT. — Indication de l'intervention opératoire dans le traitement du croup. *Journal de clinique et de thérapeutiques infantiles*, 24 septembre 1896.
- CONCETTI. — Degli ascessi sotto mucosi della laringe nel crup.
Clinica Pediatrica di Roma.
- COMBA. — Un caso di ascesso peri tracheo laringeo secondario a difterite delle prime vie respiratoire. *Clinica Pediatrica di Firenze*.
- FILE-BONAZZOLA. — Contributo all'ascessoperi tracheo laringeo dei bambini. *Ospedale dei Bambini di Milano*.
- MASSEI. — Ascesso endo laringeo ed ascesso peritracheo laringeo.
- MARFAN. — *Bulletin médical*, 1903.
- DEGUY. — *Revue de médecine*, 1903
— *Bulletin Société de Pédiatrie*, 1902 (15 avril). Laryngite sous-glottique.
- MASSE. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1887.
- CASTEX. — *Bulletins et Memoires de la Société française d'otologie*, vol. XVI, p. 134.
- FORTUNÉ. — *Thèse*, Paris, 1899.
- BOULAY. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique* 1901, nos 49 et 50.
- TOLLEMER. — Abscess pré-laryngé pendant la convalescence d'un croup tubé. Société de Pédiatrie, décembre 1904.
- DEGUY et LEPLAY. — Sur le tubage prolongé. Société de Pédiatrie, 20 juin 1905.
- APPERT. — Adénite pré-laryngée consécutive à une diphtérie laryngée traitée par le tubage, 15 novembre 1904.
- POIRIER. — Traité d'anatomie. Lymphatiques.

GRANCHER, COMBY et MARFAN. — Traité des maladies de l'enfance.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie. Article de Walther.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.

DEGUÏ et WEILL. — Manuel de trachéotomie et de tubage.

